



Sign-up form

Форма записи в страховой план

НОМЕР ДЕЛА		
ИМЯ КЛИЕНТА		
АДРЕС КЛИЕНТА		
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС



1-800-562-3022

Если вы запишетесь по телефону, то вам не нужно заполнять эту форму! Позвоните по телефону 1-800-562-3022 без промедления!
 (Телефон только для лиц с нарушением слуха или речи (TTY/TDD): 1-800-848-5429)

Просто, как 1-2-3!

1.

Напишите ниже, каким образом вы хотели бы получать медицинское обслуживание.

2.

Какого врача вы хотели бы иметь в качестве PCP для этого человека? (Все врачи, которых вы указали в качестве PCPs, должны работать в этом страховом плане. Если вы не уверены, позвоните врачам и спросите, работают ли они в страховом плане, который вам нужен.)

Имя:	Имя PCP:

3.

Есть ли среди лиц, указанных в вашей медицинской карточке-удостоверении личности беременная женщина или человек, которого скоро должны оперировать?

Беременная женщина? Кто? Имя: _____ Предполагаемая дата рождения ребёнка: _____

Операция? Кто? Имя: _____ Предполагаемая дата операции: _____

У какого врача или другого специалиста лечится этот человек?

Имя врача: _____ Телефон офиса: _____

Есть ли среди детей, записанных в вашу медицинскую карточку-удостоверение личности дети с особым заболеванием или врождёнными недостатками?

Да _____

Пожалуйста, укажите имя(имена) ребёнка (или детей) и особое(ые) заболевание(я):

Сообщите нам о своем выборе.

САМЫЙ ПРОСТОЙ способ - это позвонить нам по бесплатному телефону 1-800-562-3022

с понедельника по пятницу с 7:00 утра до 6:00 вечера

Телефон для лиц с нарушением слуха или речи (TTY/TDD): 711
или 1-800-848-5429



Или снова сложите форму так, чтобы слова "Business reply" были снаружи, и пришлите ее обратно нам (марка не требуется). Или пришлите нам форму по факсу 360-725-2144.